

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929 - 1930 — N° 50

Comment s'impose cliniquement le diagnostic de cancer du corps de l'Utérus

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 26 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Pierre HERVÉ

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

(Section des Troupes Coloniales)

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

né au Havre, le 23 Octobre 1905



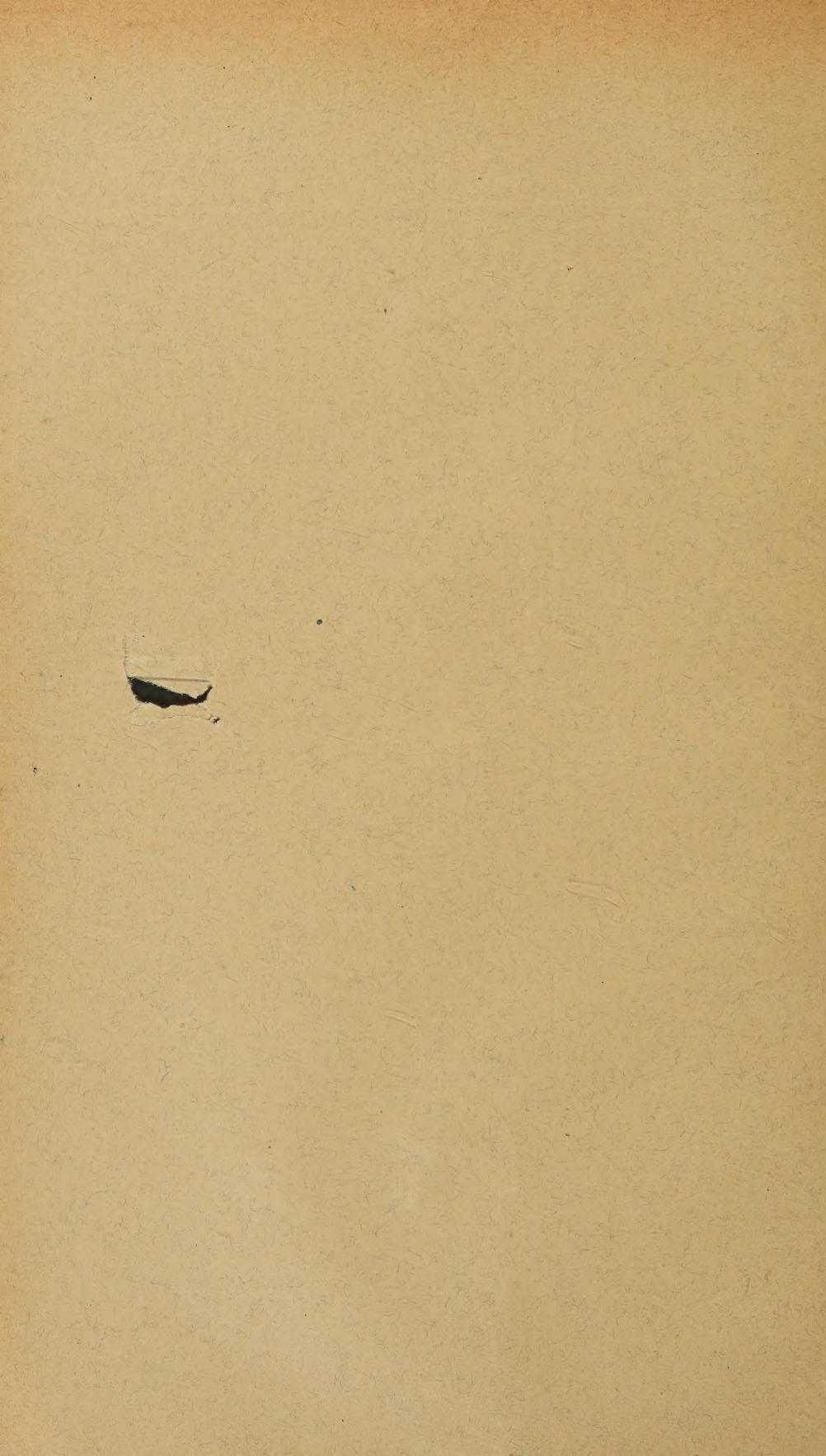
IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

Tél. : Vandrey 32.55

LVON

—
1929



**COMMENT S'IMPOSE CLINIQUEMENT
LE DIAGNOSTIC DE CANCER
DU CORPS DE L'UTÉRUS**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929 - 1930 N° 50

Comment s'impose cliniquement le diagnostic de cancer du corps de l'Utérus

THESE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 25 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre HERVÉ

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

(Section des Troupes Coloniales)

né au Havre, le 23 Octobre 1905



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46
LYON

1929

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique.	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERA.
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (L.)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

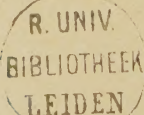
MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	CHEVALLIER	MARTIN (J.)
TRILLAT	SANTY	DUMAS	ROCHET (P.)
SARVONAT	DUNET	DUFOURT	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (A.)	DEVIC	GATE
ROCHAIX	CHALIER (J.)	GABRIELLE	BERNHEIM
RHENTER	NOEL	MANCEAU	DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

TIXIER, Président ; BONNET, Assesseur
MM. WERTHEIMER et POLLOSSON, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans
dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres
leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de vive affection
filiale.

A MES FRERES

A MA TANTE MAGDELEINE MASSE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POLLOSSON

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BONNET

Chirurgien des Hôpitaux,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MES JUGES

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON,

ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

AVANT-PROPOS

C'est dans la Clinique Chirurgicale de Monsieur le Professeur Tixier, à l'Hôtel-Dieu, que, jeune étudiant, nous prîmes pour la première fois contact avec l'hôpital.

Là, son enseignement si précis et si plein de vie nous séduisit toujours ; mais, ayant eu l'avantage de l'entendre traiter, en l'une de ses Cliniques magistrales, de la question si intéressante du cancer du corps de l'utérus, nous sommes venus lui demander de nous autoriser à exposer dans une thèse les idées qu'il avait développées devant nous.

Cette Thèse est son œuvre, et nous avons voulu simplement demeurer son porte-parole.

Qu'il nous soit permis d'exprimer à notre Maître nos remerciements respectueux pour le très grand honneur qu'il nous fait en en acceptant la présidence.

Nos conclusions reposent en partie sur plusieurs observations de clientèle obligeamment prêtées à nous par Monsieur le Professeur Agrégé Bonnet ; dans le texte, nous n'avons pas cru, malgré leur origine différente, devoir les isoler du groupe formé par celles du service, car nous savons que leur auteur partage sur la question la même manière de voir que

Monsieur le Professeur Tixier. C'est pourquoi nous désirons remercier ici tout particulièrement Monsieur le Professeur Agrégé Bonnet pour l'amabilité qu'il nous a témoignée par là.

Enfin, nous ne saurions exprimer toute la reconnaissance que nous avons envers Monsieur le Professeur Agrégé Pollosson, pour son accueil si aimable et pour la bienveillance avec laquelle il nous a guidé constamment dans l'élaboration de ce travail, ne nous ménageant ni son temps, ni son expérience. Qu'il soit assuré encore de notre plus vive gratitude.

Comment s'impose cliniquement le diagnostic de cancer du corps de l'Utérus

INTRODUCTION

Dans son enseignement, M. le Professeur Tixier insiste sur l'étude du cancer du corps de l'utérus en général.

Nous tenterons d'exposer les idées de notre Maître touchant cette question, en nous basant sur des faits tirés de sa pratique personnelle et sur des malades dont il nous a confié les observations.

Il est indispensable de bien définir dès le début le cadre relativement étroit dans lequel nous désirons rester.

Le problème est vaste, et nous n'avons pas la prétention de l'envisager dans ses divers aspects. Certains d'entre eux ont été abordés du reste déjà dans des Thèses inspirées par M. le Professeur Tixier et M. le Professeur Agrégé Bonnet (1).

Nous voulons nous limiter à une étude essentiellement clinique, qui tendra à montrer comment se pré-

(1) P. DELARBRE. — Le cancer total de la muqueuse utérine. (*Thèse de Lyon*, 1923).

L. POPOVITCH. — Contribution à l'étude du cancer pavimenteux du corps utérin. (*Thèse de Lyon*, 1927).

Dj. S. MIKAÏLOVITCH. — Des métastases vaginales dans le cancer du corps utérin. (*Thèse de Lyon*, 1926).

sente et comment se diagnostique le cancer du corps de l'utérus.

Il a paru à M. le Professeur Tixier qu'il régnait très certainement en pratique une confusion, laquelle est responsable du temps perdu considérable qui s'écoule entre l'extériorisation clinique de ce mal et son diagnostic.

Les conséquences en sont désastreuses ; les malades arrivant trop tardivement à la décision opératoire qui s'impose. Souvent même, ces malades ont été soumises à des tentatives thérapeutiques qui sont inutiles et dangereuses pour ne pas dire plus.

Et pourtant, le cancer du corps utérin revêt des caractères cliniques spéciaux si précis que, contrairement à ce qui en a été dit souvent, le diagnostic en est assez simple pour qui sait accorder à ses symptômes leur valeur exacte. Ils ont eu eux-mêmes leur cachet particulier, et, de plus, leur ensemble constitue un tableau clinique qui trompe rarement un esprit averti.

Nous étayons nos dires sur 31 Observations. Elles ne représentent pas la totalité des cas opérés à la Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu ; nous avons préféré ce chiffre restreint à une statistique plus imposante pour les raisons suivantes : nous avons exigé des observations, trouvées, ne l'oublions pas, dans un Service de Chirurgie générale, des caractères de certitude tels, que nous avons systématiquement éliminé tous les cas non contrôlés par le Professeur Tixier lui-même, tous les cas douteux, tous ceux enfin que nous n'avons pu suivre dans le temps. Si bien

que, sur ces 31 Observations, une seule malade reste dont il a été impossible de préciser l'évolution lointaine.

Nos conclusions s'éclairent donc à la lumière des observations que nous apportons ; mais elles sont encore confirmées par les observations de la clientèle de M. le Professeur Tixier, dont nous ne faisons pas état ici, mais dont notre Maître nous a parlé.

Il existe pourtant une différence entre la statistique de ville et la statistique hospitalière de M. le Professeur Tixier dans la proportion de morts opératoires : nos 31 Observations en renferment 5 cas, tandis que, sur 14 opérées de clientèle, M. le Professeur Tixier n'accuse aucun décès. C'est un point sur lequel nous aurons à revenir au cours de notre travail.

Ayant cherché ce qu'étaient devenues nos malades, nous avons pu, grâce aux renseignements fournis par les hôpitaux, les médecins traitants, les familles et les mairies des communes où elles habitaient, établir assez nettement leur évolution dans le temps.

Si bien que nous ajoutons à notre étude clinique et thérapeutique, un chapitre sur l'évolution post-opératoire, considérant alors, d'une part les morts post-opératoires, d'autre part la longueur des survies.

Nous voulons démontrer que dans 90 % des cas, le cancer du corps de l'utérus est un cancer des femmes âgées, apparaissant nettement quelques années après une ménopause bien établie, tant chez les femmes ayant eu des enfants que chez les vierges.

Son premier signe réside dans les *pertes sanguines*, signe précoce mais insuffisant en fait pour éveiller

l'attention des malades et, souvent, la décision du médecin. La *douleur*, très spéciale dans ses caractères, est un signe habituel malheureusement plus tardif dans son apparition. A la différence des pertes, ce symptôme impose rapidement un conseil médical et une thérapeutique appropriée.

Dans la réalité, le temps écoulé entre l'apparition des symptômes et le diagnostic positif est trop long ; c'est pourquoi, en précisant la valeur exacte du tableau clinique, nous voulons tenter d'atténuer dans une certaine mesure ce point noir, aux conséquences pratiques si fâcheuses.

Le problème du cancer du corps de l'utérus est vaste. Bien des choses ont été dites et restent à dire.

Si nous nous sommes limités volontairement au côté pratique de la question, c'est avec le désir que les faits positifs que nous apportons donnent un certain poids à nos assertions.

CHAPITRE PREMIER

Etude Clinique

Comme nous l'avons dit, notre étude repose sur les enseignements de notre Maître, M. le Professeur Tixier et sur son expérience étendue de la question ; cependant, nous ramenons constamment dans notre travail nos dires et nos conclusions aux 31 Observations qui sont jointes à notre Thèse. Elles entrent dans notre texte comme l'illustration d'un tableau général qui cadrera, nous en sommes persuadés, avec des statistiques du même genre.

Le cancer du corps de l'utérus survient chez les *femmes âgées*, génitalement parlant tout au moins. La grande majorité a dépassé 55 ans. Par là, il est presque superflu d'ajouter qu'il apparaît *après la ménopause*.

Sur nos 31 malades, 2 avaient dépassé 70 ans, une 69 ans, 7 avaient plus de 60 ans, 14 plus de 55 ans, 5 plus de 50 ans, une 43 ans et une 30 ans.

La malade âgée de 30 ans (Observation XX) trouble, si l'on peut dire, la belle harmonie de nos affirmations. Nous l'avons cependant jointe à nos observations, car elle est caractéristique. M. le Pro-

fesseur Agrégé Bonnet nous l'a confiée avec quelque réticence ; mais nous l'avons adoptée parce qu'elle est histologiquement un épithélioma du type glandulaire cylindrique du corps utérin. Cliniquement, son jeune âge, son évolution rapide et sa mort avec des métastases multiples militeraient en faveur d'un déci-duome. Mais l'examen histologique, vérifié comme ceux des autres coupes microscopiques au Laboratoire d'Anatomie Pathologique de la Faculté par M. le Professeur Agrégé J.-F. Martin, dont la compétence est incontestée, nous permet de la ranger parmi les cancers utérins typiques. Le cas de cette malade soulève donc à lui seul la possibilité d'une forme clinique exceptionnelle, caractérisée par une évolution grave et rapide, comme en présentent maints cancers quand ils évoluent sur un organisme jeune. Ce cas donnerait lieu aussi à d'intéressantes discussions diagnostiques, mais comme il est nettement aberrant parmi le bloc de nos observations, nous n'y reviendrons plus.

Le cancer du corps de l'utérus *apparaît après la ménopause*. Celle-ci est nette, indiscutable, et nous dirons même que le temps écoulé entre la ménopause et l'opération est toujours long et se compte par années.

Dans nos observations, trois fois 20 années ont passé entre la ménopause et l'intervention ; onze fois plus de 10 ans, et le reste des observations accuse 8, 7, 6, 5 et 4 ans. Trois malades seulement n'ont pas eu cet intervalle libre qui nous semble une règle. L'une, âgée de 30 ans, était encore réglée. Les deux

autres ont vu les pertes symptomatiques du début de la néoplasie succéder immédiatement aux règles. Il ne faut pas en conclure toutefois qu'il y ait eu l'absence complète de modifications dignes de donner l'éveil : l'installation de pertes continuelles à la place de menstruations régulières est suffisant pour le démontrer.

En somme, *ménopause nettement établie, intervalle de plusieurs années, apparition de pertes*, ce sont déjà là éléments caractéristiques du tableau clinique, puisqu'ils sont vérifiés chez 28 malades sur 31 (90 %).

Les notions étiologiques restent vagues. Notons cependant que sur 31 malades, 25 avaient été mariées et avaient eu une ou plusieurs grossesses, souvent des fausses couches ; 2 étaient célibataires et 4 vierges. Les quatre vierges, âgées respectivement de 54, 55, 56 et 64 ans, l'étaient au sens le plus strict du mot, et chez elles a été constatée la présence d'un hymen serré rendant difficile l'examen vaginal.

Il est curieux d'opposer la relative fréquence du cancer du corps chez les vierges à l'absence à peu près complète du cancer du col dans cette même catégorie de femmes. Cette notion, plus nette encore dans les observations de clientèle de M. le Professeur Tixier, est d'une grosse importance, puisqu'elle permet, devant notre tableau symptomatique chez une vierge, d'éliminer le cancer du col.

Observations	Age au moment de l'opération	Age au moment de la ménopause	Nombre d'années entre la ménopause et l'opération	Temps écoulé entre les premiers signes cliniques et la décision opératoire
I	57 ans	49 ans	8 ans	3 ans
II	51 —	48 —	3 —	18 mois
III	61 —	54 —	7 —	très récents
IV	59 —	47 —	12 —	5 mois
V	52 —	encore réglée		5 —
VI	62 —	48 ans	14 —	6 ans
VII	43 —	encore réglée		1 —
VIII	72 —	50 ans	22 —	8 mois
IX	52 —	47 —	5 —	6 —
X	69 —	45 —	24 —	18 —
XI	56 —	52 —	4 —	18 —
XII	66 —	56 —	10 —	7 ans
XIII	59 —	46 —	13 —	3 —

XVI	57	—	47	—	10	—	2 ans
XVII	61	—	47	—	14	—	5 mois
XVIII	62	—	52	—	10	—	18. —
XIX	56	—	50	—	6	—	1 an
XX	30	—	encore réglée				18 mois
XXI	61	—	54 ans	—	10	—	3 ans
XXII	56	—	52	—	4	—	4 mois
XXIII	56	—	53	—	3	—	2 ans
XXIV	57	—	49	—	8	—	11 mois
XXV	61	—	52	—	12	—	18 —
XXVI	56	—	54	—	2	—	6 —
XXVII	58	—	53	—	5	—	1 an
XXVIII	54	—	48	—	6	—	1 —
XXIX	55	—	51	—	4	—	5 mois
XXX	52	—	38	—	14	—	11 —
XXXI	70	—	41	—	29	—	15 —

I. — QUELS SONT LES SIGNES QUI CARACTÉRISENT
LE CANCER DU CORPS ?

D'après nos Observations, deux d'entre eux sont pour ainsi dire constants. Le premier, constitué par les *pertes sanguines*, ne manque jamais.

Le second, la *douleur*, manque très rarement.

C'est la douleur qui conduit les malades à l'examen et les décide à accepter un traitement opératoire. Etat de choses regrettable à la vérité, d'autant plus que le fait de voir survenir des pertes à caractère spécial, longtemps après la ménopause, devrait suffire à provoquer précocement chez les malades une appréhension salutaire, et chez le médecin une conviction suffisante pour conseiller une thérapeutique opératoire utile. Et l'on peut croire que cette décision serait facilement acceptée par les malades, dès l'instant qu'elle serait le reflet *convaincu* d'une cause juste, c'est-à-dire défendue par celui qui la conseille avec cette ardeur pénétrante et tranquille qui obtient presque toujours gain de cause.

Le second symptôme, la douleur, est l'aboutissant constant mais tardif du néoplasme du corps utérin.

Tandis que des pertes survenant longtemps après la ménopause laissent la majorité des malades dans un état de sérénité ou de béatitude contemplative presque absolu, la douleur les inquiète et devient par là le phénomène qui les amène au médecin.

Ce sera peut être un des bienfaits de ces luttes et de ces campagnes entreprises contre le cancer, que d'attirer l'attention sur ce premier signe, précoce et

constant : les pertes. On supprimerait ainsi bien des désastres, des impossibilités opératoires parce que le secours arrive trop tard, des opérations trop difficiles et meurtrières, des récidives trop rapides.

Si nous sommes obligés d'admettre, tout en la déplorant, cette indifférence de la part des malades devant les symptômes dont nous venons de parler, il en va tout autrement d'une indifférence semblable de la part du médecin ; et pourtant elle existe trop souvent. Il est bien certain qu'une fois son éducation pratique faite sur ce sujet, le médecin éviterait cette expectative désarmée, limitée à des thérapeutiques insuffisantes, inutiles ou dangereuses qui créent une perte de temps irréparable.

Dans nos observations, le temps écoulé entre les premiers signes cliniques et la décision opératoire souligne nos récriminations : 2 malades ont ainsi perdu 6 années ; 3 autres, 3 années ; 2 autres enfin 3 années. La moyenne a attendu un an et un an et demi avant d'aboutir à l'opération. Toutes ont perdu des mois, et si l'on songe que l'évolution si favorable anatomiquement de ce cancer enfermé dans un organe creux, à parois résistantes, met *environ* 18 mois à 2 ans pour ronger sa coque et pour devenir sous-péritonéal et se compliquer de perforations, de greffes de voisinage intrapelviennes (ovaires, trompes, vessie) ou intra-abdominales (intestin grêle, S iliaque, épiploon), on regrette plus encore cette perte d'un temps précieux. La précocité du diagnostic reste à l'heure actuelle le facteur essentiel des bons résultats en matière de cancer.

On peut dire qu'il n'y a point de cancer pour lequel cela soit si vrai que pour celui du corps utérin.

I. — Les Pertes

C'est le premier signe toujours accusé mais rarement pris au sérieux, avons-nous dit.

Leurs caractères sont presque toujours les mêmes. Les malades vous racontent qu'elles ont eu leur ménopause à l'âge ordinaire, sans troubles ni écoulement d'aucune sorte. Elles allaient bien, puis brusquement, sans cause, elles ont eu des *pertes sanguines* peu abondantes, continues, fatigantes.

Au début parfois, ces pertes ont été de simples pertes blanches, glaireuses, hydropériques, dont le caractère est d'être *gommeuses* et d'empeser le linge. Quelquefois ont existé de véritables décharges hydropériques ; mais, en réalité, l'hydropérie n'est pas aussi fréquente qu'on l'a dit.

On peut voir également, comme symptôme de début, une perte de sang rouge abondante, véritable hémorragie d'alarme (Obs. V). Cette métrorragie peut, dans la suite, se renouveler plusieurs fois, en se surajoutant à des pertes blanches chroniques (Obs. XV). Le plus souvent cependant, les malades accusent des pertes rosées, sanguinolentes, qui deviennent progressivement hémorragiques et s'accroissent en importance.

Les pertes blanchâtres et séreuses du début deviennent rouges, troubles ou roussâtres ; leur odeur est fade ou même nauséabonde. Plus tard, leur caractère sanglant s'accuse encore. Il s'y mêle des écoulements

purulents fétides, et on a coutume de comparer leur aspect à des raclures de boyaux. Ce sont alors des signes tardifs : des mois ont passé pour en arriver là et l'intérêt diagnostique n'est plus alors très considérable devant ces pertes à odeur forte. Ces pertes abondantes, irritantes, obligent les femmes à porter constamment des linges protecteurs et occasionnent de l'irritation de la face interne des cuisses et des intertrigos souvent fort pénibles.

Le fait capital, celui qui importe bien plus que les éléments de coloration et d'odeur, c'est qu'il s'agit de *pertes continues, ininterrompues*, sur lesquelles le repos et les injections n'ont aucune action. Elles résistent aux thérapeutiques qui donnent habituellement des améliorations passagères. Là, rien ne fait, et les malades continuent à distiller du sang en dépit des médications les plus variées.

La constance de ces *pertes rebelles*, inaccessibles à un traitement par le repos prolongé, les injections très chaudes et les divers médicaments constituent un élément de tout premier ordre, et il mérite qu'on y insiste pour en souligner toute la valeur pratique au point de vue du diagnostic.

Il arrive bien parfois que l'écoulement montre une intermittence légère, et le Professeur J.-L. Faure signale cette possibilité. Les pertes disparaissent alors pendant 3 ou 4 jours. La malade ressent une pesanteur qui s'accroît peu à peu, puis, après quelques contractions douloureuses de l'utérus, elle voit reparaitre l'écoulement. Mais cette intermittence du suintement est plus apparente que réelle. Au lieu de s'écou-

ler au dehors, les liquides s'accumulent dans la cavité de l'utérus fléchi, rétroposé généralement ; ils la distendent et provoquent bientôt les contractions de l'organe. L'expulsion de produits plus ou moins colorés que cette rétention passagère a rendus malodorants suit immédiatement. Cette façon très particulière de se présenter des pertes reste malgré tout une éventualité plutôt exceptionnelle.

Ce qu'il faut retenir, c'est qu'il s'agit le plus souvent de pertes sanguinolentes peu abondantes et intermittentes.

II. — La Douleur

La douleur, signe parfois assez précoce, mais généralement survenue plus tardivement, alors que depuis longtemps déjà ont apparu les pertes, constitue le second symptôme important.

Les phénomènes douloureux revêtent différents types. Ils se montrent sous forme de tiraillements lombaires, de lourdeurs pénibles dans le petit bassin ou d'irradiations névralgiques dans les cuisses. Exceptionnellement, ces irradiations se limitent au trajet d'un nerf défini, le nerf obturateur par exemple, comme dans l'Observation XIII, ou le nerf fémoro-cutané (Obs. XXVI).

Le plus souvent, elles simulent une sciatique bilatérale.

Elles sont très variables dans leur intensité, parfois très violentes, à tel point que la malade ne peut reposer qu'avec l'aide d'un calmant (Obs. XIII). D'autres fois, ces souffrances sont plus légères et incons-

tantes (Obs. X) ; quelques malades affirment que la station debout ou la fatigue les augmentent ; mais il en est pour lesquelles le séjour au lit est insupportable et pour qui la marche, au contraire, amène une détente.

À côté de ces douleurs, à type d'irradiation nerveuse, symptomatiques d'une petite tumeur utérine, on note des douleurs d'un type très particulier, souvent très vives : ce sont de véritables *coliques utérines*, que les malades comparent aux douleurs du travail (Obs. XII, XXIV). Fort probablement coïncident-elles avec des contractions utérines qui tendent à expulser des débris de masses néoplasiques ou des caillots qui encombrant la cavité de l'utérus. Peut-être même correspondent-elles à des crises de rétention d'une pyométrie, véritable abcès intra-utérin.

Il y a évidemment disproportion entre le volume de la tumeur utérine et l'intensité et la persistance des douleurs ; aussi les a-t-on attribuées à des névrites par ulcération progressive des parois utérines.

Encore faut-il faire une place dans leur pathogénie à la possibilité d'un envahissement des lymphatiques de la région lombaire par voie utéro-ovarienne et aussi à l'association de lésions annexielles, ces dernières étant toutefois très rares.

En somme, à partir d'un certain stade évolutif, les phénomènes douloureux ne manquent presque jamais, nous atteignons en effet une proportion de 80 % dans l'ensemble de nos observations.

On a été étonné de voir avec quelle légèreté et quelle indifférence les malades supportent leurs per-

tes. Avec les douleurs, au contraire, s'ouvre véritablement la scène.

Schématiquement, M. le Professeur Tixier a coutume de dire que lorsqu'une femme vient vous consulter quelque temps après la ménopause pour des pertes sanguines, si elle ne souffre pas, c'est mauvais signe, c'est un cancer du col. Si elle souffre, tant mieux, c'est un cancer du corps. Ce sont des douleurs métritiques et expulsives.

En lui enlevant tout ce qu'elle a d'absolu, cette formule pratique est excellente.

III. — Les Signes accessoires

A côté des pertes et des douleurs viennent se placer des signes de moindre importance, car ils n'ont en eux-mêmes ni la valeur ni la constance des précédents.

Un premier symptôme cependant assez fréquent et sur lequel en général on insiste peu, est constitué par la *température*. Celle-ci, le plus souvent, ne dépasse pas 38° le soir, mais s'accompagne d'une légère sensation de malaise et d'un état frileux particulier. Il faut la rechercher avec soin, car elle importe dans les indications opératoires en soulignant cet état de rétention en cavité close que constitue le cancer du corps utérin. D'autres fois, les phénomènes inflammatoires sont plus intenses, et la pyométrie qui stagne dans cet utérus un peu alourdi, basculé en arrière dans le Douglas, éveille des poussées thermiques élevées. On doit alors retarder l'intervention projetée et tenter un drainage prudent de l'isthme avec une petite sonde en caoutchouc, après dilatation de l'isthme

seul à la bougie d'Hégar. Enfin, chez une malade ayant présenté de la fièvre, les précautions opératoires seront multipliées et la mise en place d'un Mickulicz abdominal sera indiquée.

Mais une poussée thermique peut relever de lésions annexielles associées, quoique ce soit l'exception. Du côté des annexes on rencontre plutôt des greffes néoplasiques (Obs. III, XXV, XXIX) touchant avec prédilection les trompes, parfois les ovaires. Elles paraissent secondaires à l'épithélioma utérin et passent le plus souvent inaperçues à l'examen clinique, ce sont surtout des découvertes opératoires.

Les *troubles de compression* du côté de la vessie et du rectum sont l'infime exception à la période du début et à la période d'état.

On a noté cependant, surtout si l'utérus est un peu gros, une légère dysurie, de la pollakiurie (Obs. III, IV, XV) parfois une cystite coli-bacillaire (Obs. XXIV).

Il est de règle d'examiner les urines. Etant donné l'âge des malades il est prudent de rechercher l'albumine et le sucre surtout. On a décrit une métrite et même une pyométrie d'origine diabétique, mais il est prudent chez une femme âgée qui perd, de ne pas se rallier aveuglément à ce diagnostic, un épithélioma pouvant exister concurremment avec un diabète sénile comme c'est le cas pour la malade de l'Obs. XXV.

L'état général est le plus souvent parfaitement conservé ; il reste excellent et c'est un contraste qui contribue à induire en erreur et à faire du néoplasme du corps utérin une affection à évolution sournoise.

Nous insisterons très peu sur la symptomatologie tardive de ce cancer, sur sa période cachectisante, celle qui s'accompagne d'amaigrissement et de teint jaune paille. Tout alors peut se voir : pertes abondantes, sanglantes et purulentes hyperseptiques, température élevée et surtout signes qui révèlent que le cancer a franchi ses barrières. Aux niveaux où il esquisse ses perforations viennent adhérer l'épiploon, les anses grêles, le sigmoïde, la vessie (Obs. XIII).

Une ascite signe les greffes péritonéales. Et tout cela explique alors les troubles urinaires, vésicaux surtout, et les crises subocclusives ou occlusives (Obs. XIII) qui surviennent. C'est la période terminale avec des greffes abdominales et vaginales où interviennent, associées, les lésions cancéreuses et les lésions inflammatoires. Elle est sans grand intérêt car elle reste au-dessus des ressources d'une chirurgie utile et de toute autre thérapeutique.

IV. — Le Toucher

Certains s'étonneront que, dans l'étude d'une affection gynécologique, nous n'ayons pas placé au premier plan le toucher vaginal. Mais, n'oublions pas que nous avons surtout voulu montrer comment s'impose le diagnostic du cancer du corps au début.

Au risque de paraître paradoxal, nous dirons que le diagnostic est déjà fait avant de pratiquer le toucher, grâce à l'histoire seule et à ses deux grands signes sur lesquels nous avons insisté plus haut. C'est un diagnostic que l'on peut faire à la seule lecture

d'une *lettre* de la malade, pourvu que la description soit complète et fidèle.

Nous sommes en présence d'une des rares, nous dirions presque d'une des seules lésions gynécologiques où, d'après les anamnesthiques et sans toucher, on doit poser un diagnostic ferme.

Nous dirons même plus, *le toucher est trompeur* pour celui qui n'attache pas assez d'importance à l'histoire clinique et interprète sans assez de minutie et de précision les signes fonctionnels. Le toucher dans ces cas peut conduire à des erreurs telles que l'on voit alors discuter les diagnostics les plus invraisemblables.

Mais tout paradoxe est arme dangereuse et, sous les réserves que nous avons faites, le toucher doit être pratiqué car *il s'impose*.

Que montre-t-il ? Dans la forme de cancer du corps de l'utérus que nous étudions et qui est celle que l'on rencontre 90 fois sur 100, le toucher révèle *un col utérin absolument normal*, petit et fermé et un corps utérin également petit, parfois cependant un peu augmenté de volume et atteignant les dimensions d'un petit poing. Ce corps utérin reste mobile. Son *fond* est, à un toucher plus délicat, légèrement accru et aussi d'une sensibilité douloureuse. On peut parfois percevoir sa consistance rénitente, élastique et molle : une « figue fraîche » dit M. le Professeur Tixier. Les annexes ne sont pas perçues en général : les culs de sac sont souples, le paramètre libre.

Ajoutez à cela que vous êtes parfois en présence d'une femme grosse, obèse et alors vous ne sentez plus rien du tout,

A côté de la forme à « utérus petit » se place une forme à utérus plus gros, utérus toujours régulier dans son ensemble, toujours mobile mais abondant ou dépassant la symphyse et donnant l'impression d'une grossesse au 2^e mois ou ressemblant à un utérus de Richelot. Parfois ce gros utérus tombe en rétroflexion dans le Douglas et devient douloureux à la moindre pression. Cette forme à utérus gros est, pour M. le Professeur Tixier infiniment plus rare que la précédente.

Lorsqu'on termine cet examen, le doigt vaginal ramène souvent des liquides malodorants et parfois même des débris sphacéliques qui signent le diagnostic. C'est le fait d'un toucher un peu prolongé et d'un palper toujours doux mais qui a en quelque sorte réalisé une sorte de petit massage utérin et permis ainsi de retirer une main couverte de petits débris gommeux, parfois de débris de tumeur.

L'association du toucher rectal est une nécessité c'est un geste classique qui est imposé parfois par la virginité ou l'état cloisonné du vagin chez les femmes âgées.

Quoique l'examen au *spéculum* reste une manœuvre superflue, actuellement assez rarement pratiquée dans nos examens gynécologiques, nous croyons qu'il est utile de le faire. Il montre et souligne l'intégrité du col, décelle parfois un petit polype qui aurait échappé au doigt et met sous les yeux de l'observateur cet écoulement continu, gommeux, purulent et hémorragique qui s'écoule en bavant par l'orifice cervical.

Il reste enfin les données fournies par le toucher à une période plus avancée. Nous les signalons car elles donnent des éléments utiles pour diagnostiquer une des formes évoluées du cancer du corps, forme à laquelle M. le Professeur Tixier et M. le Professeur Agrégé Bonnet ont donné le nom de cancer total. Dans ces cas, le col est indemne sur sa périphérie mais il est gros et son orifice dilaté permet d'y introduire la pointe de l'index ; celui-ci pénètre dans la cavité et perçoit souvent des bourgeons néoplasiques qui font saillie ; il peut ainsi les détacher et les confier à un examen histologique. Disons encore que, grâce au toucher et au spéculum, on a pu, dans certains cas, déceler des greffes vaginales qui signaient de manière formelle le diagnostic de cancer du corps utérin.

II. — LES MANŒUVRES QUE NOUS ESTIMONS DANGEREUSES

En général, on a l'impression que l'histoire pourtant caractéristique que nous avons définie, associée au toucher et à l'examen au spéculum ne suffisent pas pour imposer une certitude. La plupart, pensant préciser le diagnostic, emploient alors différents procédés qui nous paraissent bien superflus. S'ils étaient simplement inutiles, nous n'insisterions pas plus, mais ils sont vraiment dangereux.

L'hystérométrie, la dilatation à la laminaire ou à la bougie d'Hegar, le toucher intra-utérin, le curettage, la radiographie après examen au lipiodol et l'examen histologique sont des gestes qui sont tous périlleux pour la malade par ce fait seul qu'ils consistent en des manœuvres intra-utérines sur une matrice can-

céruse. Néanmoins ils ne le sont pas tous au même degré.

Il suffira, pour fonder ces appréhensions, de relire cette partie d'une observation qui illustre une des cliniques (1) de M. le Professeur Tixier : « Il s'agit d'une malade âgée de 58 ans. Depuis l'âge de 48 ans elle a des pertes rouges, non fétides. Un chirurgien consulté diagnostique un fibrome et propose une simple cautérisation ; il applique un crayon de sulfate de zinc pour modifier la muqueuse. Mais la température monte à 40° et des symptômes graves d'infection péritonéale éclatent. Une collection purulente se forme peu à peu dans les trompes, pyosalpinx double qu'on doit drainer par le vagin. La malade traîne deux ans.

Il y a six mois, elle consulte un autre chirurgien qui lui propose un curettage. Au moment de l'exécuter, dans le cours de la dilatation aux bougies d'Hegar, il a la sensation de perforer l'utérus ; au toucher, il sent les anses intestinales. La malade a une inoculation néoplasique des anses intestinales due à la perforation de l'utérus.

Après ces deux interventions, dites palliatives, la malade vient consulter M. le Professeur Tixier. Il décide une hystérectomie totale, malgré la petitesse de la tumeur, car il suppose une dégénérescence maligne et constate des reliquats inflammatoires péri-utérins. A l'intervention, au fond d'un pelvis comblé par des adhérences rejoignant toutes les anses, il y a une fusion intime d'une anse d'intestin grêle avec le fond

(1) Leçon publiée dans « *La Clinique* », du 14 juin 1907.

L'observation que nous invoquons n'a pas été utilisée dans notre statistique, car nous n'avons pas pu retrouver l'histoire post-opératoire de cette malade,

utérin perforé par un bourgeonnement néoplasique. De plus, un gros magma néoplasique englobe l'anse sigmoïde. Le péritoine est envahi en plusieurs points. Pour mener à bien l'hystérectomie il faut réséquer près de 20 centimètres du grêle. »

A elle seule cette observation est édifiante ; envisageons toutefois chacun des procédés, de plus près.

De *l'hystérométrie* on ne peut guère tirer que des possibilités de perforer l'utérus, sans chances d'en obtenir une indication précise.

La *dilatation* n'a d'autre but que de permettre un curettage ou un toucher intra-utérin ; mais, même faite lentement par des tiges de laminaires, elle est grave parce qu'elle obture une cavité utérine infectée, qui se drainait déjà très mal par le canal cervical. Si les trompes sont perméables, ce qui est fréquent, elle favorise à leur niveau un essaimage néoplasique avec greffes sur les ovaires et dans la cavité abdominale. Elle peut faire éclater des accidents infectieux annexiels et péritonéaux de la plus haute gravité.

D'autre part, elle reste insuffisante très souvent ; on est obligé alors de la compléter par une dilatation aux bougies.

On a bien conseillé la dilatation rapide par les bougies d'Hégar, mais cette manœuvre elle-même n'est pas absolument bénigne, et elle expose à une perforation du fait de la friabilité du parenchyme au niveau de la zone néoplasique.

A supposer même que tous ces inconvénients n'existent pas, la dilatation conduit au toucher intra-utérin et au curettage.

Après dilatation, le doigt explorateur percevrait (1) dans la cavité de la matrice une masse bourgeonnante plus ou moins largement implantée, à surface grenue, mamelonnée et irrégulière, de consistance molle et friable, se laissant aisément entamer par l'ongle, saignant abondamment au contact, permettant le plus souvent d'affirmer le diagnostic de carcinôme. Mais un toucher aussi démonstratif est sans intérêt, le diagnostic clinique ayant pu être établi bien antérieurement.

Mais si l'on peut refuser, même à un gynécologue exercé, le droit d'affirmer la nature bénigne ou maligne de la tumeur qu'il a sentie au bout du doigt, que faut-il dire de la curette, instrument aveugle, fréquemment responsable de perforations. Cliniquement, chez une femme âgée qui saigne, tout curettage est interdit, mais dans la pratique, trop souvent, ce sage précepte n'est pas respecté.

La mode actuelle sacrifie aux examens lipiodolés et la gynécologie n'a pas échappé à cette tyrannie : il est fort probable que sur certains points elle en a bénéficié, mais en ce qui concerne le cancer du corps utérin, elle ne peut qu'en avoir pâti.

On reste étonné de lire que la radiographie de l'utérus après injection au lipiodol a pu être considérée comme un moyen facile et sans danger de faire le diagnostic de cancer du corps de l'utérus.

Il semble heureusement qu'une réaction se dessine

(1) MAZET (F.). — L'exploration digitale intra-utérine. (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, Janvier 1925),

contre ce mode d'investigation : outre les imperfections et les difficultés d'interprétation des images qu'il peut former, il faut encore retenir contre lui les possibilités de reflux par les trompes, de liquides intra-utérins septiques et de greffes néoplasiques dans le péritoine pelvien.

En résumé la totalité des manœuvres que nous venons d'envisager est condamnable dans la très grande majorité des cas (plus de 90 %).

Pour le reste, cancers du corps survenant chez des femmes qui en sont encore aux hésitations d'une ménopause imprécise ou cancers apparaissant chez de plus jeunes femmes encore, le problème est beaucoup plus délicat, évidemment. Il s'ouvre alors des discussions de diagnostic parfois très complexes.

Nous sommes, dans ces cas, un peu moins sévères et nous pensons que les manœuvres précédentes peuvent être exécutées mais avec une prudence extrême.

On doit exiger de plus, qu'elles le soient par le chirurgien lui-même et à la salle d'opération, tout étant prêt pour une intervention immédiate, dans le cas où surviendraient les accidents que nous avons signalés.

En somme toutes ces manœuvres sont infiniment dangereuses. Elles sont graves en elles-mêmes, sans préjuger des renseignements problématiques qu'elles peuvent fournir ; graves parce qu'elles peuvent être à l'origine d'accidents infectieux multiples (annexites, pelvi-péritonites, phlébites, etc.) ; graves parce qu'elles peuvent aboutir à la perforation de cette paroi utérine, envahie, réduite souvent à une coque min-

ce où, parfois le péritoine seul semble tenir encore, faisant de cet utérus un sac rénitent et fragile, rempli de matière néoplasique.

En dernière analyse : dilatation, toucher intra-utérin, curettage cherchent à se procurer un fragment de cette muqueuse utérine suspecte, pour y faire pratiquer un *examen histologique* soi-disant décisif.

Nous ne pouvons, à son sujet, entrer dans une discussion approfondie, par ailleurs fort intéressante ; mais là encore nous sommes obligés d'avouer que nous ne l'aimons guère.

Pourquoi ? Tout d'abord parce qu'il aura été précédé en général d'une des manœuvres intra-utérines que nous redoutons tant ; ensuite parce qu'il y a très certainement des atténuations à apporter à sa valeur intrinsèque.

Evidemment le microscope peut, sur une de ces biopsies intra-utérines, se prononcer positivement ; dans ce cas, avouons que l'affection a atteint un stade clinique dont la symptomatologie crève littéralement les yeux.

Cet examen histologique, fait, dans la majorité des cas, sur des fragments provenant d'un curettage ou d'une biopsie par râclage, n'est pas probant. En effet les débris ainsi obtenus ne comportent pas le muscle sous-jacent. Or, il n'est de réponse anatomo-pathologique sérieuse que lorsqu'on est à même de vérifier l'état d'infiltration de ce muscle sous-jacent, c'est-à-dire de faire un *diagnostic topographique* portant sur toute l'épaisseur de la paroi utérine.

C'est donc en général un diagnostic post-opératoi-

re car on en arrive au dilemne suivant : ou bien faire un prélèvement peu profond et alors être incapable d'affirmer ; ou bien faire un prélèvement très profond et risquer la perforation.

Ce n'est pas tout. On ne doit jamais, même au laboratoire, se départir d'un certain « flair clinique » pour interpréter les préparations : c'est ainsi que les proliférations qui caractérisent l'hypertrophie simple de la muqueuse utérine gardent, malgré tout, une véritable « irrégularité régulière » tandis que les hypertrophies malignes affectent « une anarchie » qui en impose souvent.

Enfin, il nous faut rappeler ici un cas vécu, pour prouver qu'un doute peut toujours planer au-dessus de l'examen histologique le plus irréfutable en apparence. Ayant eu à répondre, il y a plusieurs années, sur une biopsie intra-utérine dont les préparations présentaient une muqueuse bouleversée et entachée de multiples *karyo-kinèses*, nous pensions que bien des facteurs plaidaient en faveur de la malignité. Plusieurs anatomo-pathologistes discutèrent devant ces coupes. La majorité se ralliait à l'idée d'un épithélioma. Il s'agissait en réalité d'une muqueuse prélevée par curettage chez une jeune femme qui, actuellement, se porte admirablement. On doit donc se souvenir que la muqueuse utérine est constamment en état de prolifération et de remaniement et qu'une muqueuse normale peut parfaitement, sur une biopsie, présenter des *karyo-kinèses* fort délicates à interpréter.

C'est là un exemple un peu brutal, à la vérité ex-

ceptionnel, des difficultés que l'on rencontre. Nous sommes convaincus qu'à côté de tout cela le microscope rend des services signalés mais nous croyons qu'il ne faut pas lui demander de répondre en dernier recours sur un fragment insuffisant.

CHAPITRE II

Traitement

M. le Professeur Tixier écrit : « Il n'y en a qu'un : il faut faire l'hystérectomie totale » et cependant combien de fois ne l'avons-nous pas entendu dire : « en médecine il ne faut pas dire « jamais » ni « toujours » ».

Sa statistique nous permet presque de considérer comme une réalité sa règle thérapeutique dans son affirmation absolue ; en effet sur 31 opérations, il y a 30 hystérectomies totales et une laparotomie exploratrice qui a reculé devant l'étendue des lésions et des greffes pelviennes.

Etant donné les limites étroites où nous voulons rester, nous ne pouvons aborder ce chapitre avec ampleur et nous nous bornons à donner ici les grandes lignes de la manière de faire de M. le Professeur Tixier.

C'est avec regret que nous limitons cet exposé à des données schématiques un peu arides.

Un principe général guide toute cette technique opératoire : « il faut aller vite et manœuvrer doucement ». L'utérus est friable et infecté. Il faut éviter de le déchirer et opérer en vase clos avec le minimum de malaxations utérines.

L'anesthésie générale à l'éther est habituelle, mais la rachi-anesthésie est employée très volontiers.

La laparotomie médiane sous-ombilicale a été pratiquée fréquemment, plus rarement l'incision de Pfannenstiel ; nous n'avons qu'un cas où l'on ait préféré la voie vaginale.

Elle a quelques *très rares* indications. Elle a l'inconvénient de laisser passer les connexions possibles de la tumeur avec les organes voisins. De plus elle peut obliger à morceler l'utérus surtout lorsqu'il est volumineux, et morceler le cancer, c'est faire des greffes et inoculer des produits septiques.

L'hystérectomie abdominale, moyennant certaines précautions est le plus souvent facile.

Il est indispensable de manœuvrer très délicatement. Dans un premier geste, ligaturer les trompes pour éviter, par l'orifice de section, un reflux possible. Pas d'hystérolabe, pas de tire-bouchon, pas de pinces de Museux sur les cornes utérines, pas de malaxations utérines, mais fixer l'utérus par deux pinces ou deux ligatures sur les ligaments ronds près de leur insertion utérine.

Prendre dans une même pince et une même ligature le ligament infundibulo-pelvien et le ligament rond de chaque côté de manière à ouvrir aussi peu que possible le tissu cellulaire sous-péritonéal et ainsi à diminuer d'autant ses risques de contamination. Ce détail opératoire facilite enfin et raccourcit le temps ultérieur de la péritonisation basse.

Prendre des précautions de protection dans le temps de la section du vagin car, malgré tout, les manœu-

vres de traction ont pu exprimer, à travers le col, des produits septiques et des débris sphacelés.

En principe, devant une opération sans incident, comme c'est le cas d'habitude, on fait la péritonisation basse sur une petite mèche vaginale, à la rigueur sur un petit Mickulicz vaginal. Fermeture totale à trois plans sur un drain sous-cutané.

Au cas où la température aurait été élevée avant l'opération, en présence de lésions annexielles, d'accidents de septicité particulière ou d'incidents d'inoculation au cours de l'opération, terminer sur un Mickulicz abdominal associé à un gros drain abdomino-vaginal.

Avec l'hystérectomie totale, il n'y a plus à redouter de cancérisation secondaire d'un moignon utérin restant.

C'est déjà là, certes, une raison importante pour lui donner la préférence sur les autres opérations ; en effet, le cancer de la muqueuse utérine peut être diffus, s'étendre très bas ou parfois même être total (Cf, Thèse de Delarbre). Mais ce qui nous satisfait encore plus c'est la *possibilité d'un drainage* idéal, déclive, simple dans ses suites, que permet cette intervention.

Pour toutes ces raisons, M. le Professeur Tixier lui accorde la première place.

Il rejette systématiquement le *radium*, dont l'action, malgré ses quelques rares défenseurs, est considérée généralement comme très problématique. Il présente, en outre, tous les dangers des manœuvres intra-utérines, qu'il exige dans cet utérus friable.

Nous ne disons pas que l'hystérectomie abdominale totale soit sans danger ; les femmes sont âgées et la lésion en elle-même est très grave, mais nous affirmons qu'en l'état actuel des choses, elle s'impose et qu'il faut opérer coûte que coûte.

En face d'impossibilités évidentes, cette intervention cèdera le pas à la laparotomie exploratrice : l'étendue extrême du mal excusera la retraite.

Nous sommes donc persuadés que l'hystérectomie abdominale totale reste le traitement logique. Il donne déjà de très beaux résultats ; mais ceux-ci se rapprocheront de la perfection à mesure que le diagnostic de ce cancer sera plus précoce.

CHAPITRE III

Evolution et Résultats

Nous avons pu, grâce à des recoupements divers, sur notre statistique de 31 cas, suivre 30 malades au point de vue de leur évolution. Une seule n'a pas encore répondu à notre appel, mais encore a-t-elle eu une guérison opératoire.

Nous avons groupé dans un tableau les données intéressantes dont nous allons signaler succinctement les faits saillants.

Et tout d'abord la *mortalité opératoire*.

Cinq malades sont mortes des suites immédiates de l'opération.

La première (Obs. VI), âgée de 62 ans, évoluant depuis des années, est un cas très avancé. Le cancer a envahi le corps en totalité, l'isthme, le canal cervical et donné des greffes vaginales. L'opération a été incomplète. Le décès est survenu quelques jours après.

La deuxième (Obs. IX), âgée de 52 ans, a subi dans les mois qui ont précédé l'opération, l'ablation d'un polype (?) et la mise en place d'un crayon intra-utérin au chlorure de zinc. Elle est décédée de broncho-pneumonie, 5 jours après.

La troisième (Obs. XIV), âgée de 59 ans, obèse, bronchitique chronique, a subi sous rachi-anesthésie, une

intervention très pénible. Elle est morte le surlendemain (choc opératoire et syncope cardiaque).

La quatrième (Obs. XVI), âgée de 57 ans, a attendu très longtemps. Le cas est très avancé. Il s'agit d'un cancer diffus ayant envahi l'isthme et le canal cervical. Opération difficile. Morte le douzième jour, avec une phlébite pelvienne.

La cinquième (Obs. XXVI), âgée de 56 ans, fait une éventration post-opératoire et meurt subitement le neuvième jour, de syncope.

Il y a donc *cinq morts sur trente-et-une interventions*, ce qui élève la mortalité opératoire à 16 %. Mais là éclatent les surprises des statistiques, pour n'en pas dire davantage. Nous ne faisons pas état de la statistique de clientèle de M. le Professeur Tixier, n'ayant pu encore avoir à son sujet de renseignements suffisants ; or elle est de 14 cas sans mortalité opératoire, ce qui modifie le pourcentage de mortalité dans le sens suivant :

$31 + 14 = 45$ cas, avec 5 morts ; mortalité : 11 %.

Et si maintenant nous soulignons que, dans nos 31 cas, il y a 5 cas personnels de M. le Professeur Agrégé Bonnet, sans mort, nous pourrions aligner : 14 cas sans décès + 5 cas sans décès = 19 ; mortalité : 0 %.

Et, au contraire, les 31 cas moins les 5 malades de M. le Docteur Bonnet, donnent :

$31 - 5 = 26$ cas, avec 5 morts, d'où mortalité : 20 %.

On voit par là combien est fallacieuse la précision des chiffres. Avec les mêmes groupes de malades, on oscille entre 0 et 20 % de mortalité opératoire.

Il convient de retenir que l'intervention est sérieuse. Elle s'adresse à des femmes âgées et à un mal très grave en lui-même, souvent d'évolution avancée. Le diagnostic précoce modifierait très certainement cette impression.

Considérons maintenant la question de l'évolution *dans le temps*. Cinq sur trente-et-une sont mortes, une n'a pas donné de ses nouvelles. Il reste 25 malades : 14 sont encore vivantes et 11 sont décédées après des survies très variables, une de 17 ans, 4 de 5 ans, 1 de 4 ans, etc...

Les causes de la mort, pour celles qui sont connues, ont été les suivantes : une femme jeune, 30 ans (Obs. XX) est morte après 18 mois avec des métastases multiples ; l'une, (Obs. VII) après 5 ans, de carcinose pelvienne ; une autre, obèse et albuminurique, après un an de survie (Obs. XVII) ; une autre, (Obs. XI), à 52 ans, d'une maladie aiguë intercurrente, après 2 ans de survie ; une autre enfin, de récurrence pelvienne et vaginale après 5 ans (Obs. XII).

Cinq sont mortes respectivement à 74, 68, 66, 63 et 63 ans, après des survies de 5, 17, 5, 1 $\frac{1}{2}$ et 4 ans. Enfin, 14 sont encore vivantes. Leurs survies sont actuellement de 24, 17, 7, 5, 4, 4, 4, 3, 2, 1 et 1 an, et 3 sont des opérées de quelques mois seulement.

De ces chiffres compliqués, il faut retenir surtout la possibilité de survies prolongées fort appréciables. S'il fallait dire un chiffre moyen, sans grande signification d'ailleurs, nous estimerions que la majorité des survies est entre 4 et 5 ans.

Mais tout cela est factice, car il s'agit de femmes

Observations	Date de l'intervention	Nature de l'incision	Nature de l'opération	Evolution
I	17 Avril 1905	L. méd. long. (1)	H. ab. tot.	En bonne santé.
II	7 Mai 1906		H. vaginale	17 ans de survie.
III	22 Février 1907	L. méd. long.	H. ab. tot.	5 ans de survie.
IV	11 Octobre 1909	L. méd. long.	H. ab. tot.	4 ans de survie.
V	29 Février 1912	Pfannenstiel	H. ab. tot.	En bonne santé.
VI	20 Juillet 1914	Pfannenstiel	H. ab. tot.	8 jours de survie.
VII	1918	L. méd. long.	H. ab. tot.	5 ans de survie.
VIII	7 Janvier 1919	L. méd. long.	H. ab. tot.	Pas de renseignements.
IX	23 Janvier 1919	L. méd. long.	H. ab. tot.	5 jours de survie.
X	16 Septemb. 1919	L. méd. long.	H. ab. tot.	5 ans de survie.
XI	21 Décembre 1920	L. méd. long.	H. ab. tot.	2 ans de survie.
XII	5 Décembre 1921	L. méd. long.	H. ab. tot.	5 ans de survie.
XIII	24 Mai 1922	Simple lapar.	exploratrice	3 mois de survie.
XIV	6 Septemb. 1922	Pfannenstiel	H. ab. tot.	2 jours de survie.
XV	20 Décembre 1922	L. méd. long.	H. ab. tot.	En bonne santé.
XVI	17 Février 1923	Pfannenstiel	H. ab. tot.	1 mois de survie.

XVII	16 Mars	1923	L. méd. long.	H. ab. tot.	1 an de survie.
XVIII	23 Août	1923	Pfaunestiel	H. ab. tot.	18 mois de survie.
XIX	20 Mars	1924	L. méd. long.	H. ab. tot.	En bonne santé.
XX	20 Novembre	1924	L. méd. long.	H. ab. tot.	18 mois de survie.
XXI	23 Juillet	1925	L. méd. long.	H. ab. tot.	En bonne santé.
XXII	12 Août	1925	L. méd. long.	H. ab. tot.	En bonne santé.
XXIII	2 Novembre	1925	L. méd. long.	H. ab. tot.	En bonne santé.
XXIV	9 Janvier	1926	L. méd. long.	H. ab. tot.	En bonne santé.
XXV	16 Juin	1927	L. méd. long.	H. ab. tot.	En bonne santé.
XXVI	27 Mars	1928	L. méd. long.	H. ab. tot.	1 mois de survie.
XXVII	5 Octobre	1928	L. méd. long.	H. ab. tot.	En bonne santé.
XXVIII	22 Janvier	1929	L. méd. long.	H. ab. tot.	En bonne santé.
XXIX	19 Septemb.	1929	L. méd. long.	H. ab. tot.	En bonne santé.
XXX	20 Septemb.	1929	L. méd. long.	H. ab. tot.	En bonne santé.
XXXI	24 Octobre	1929	L. méd. long.	H. ab. tot.	En bonne santé.

(1) L. méd. long. : laparotomie médiane longitudinale.

H. ab. tot. : hystérectomie abdominale totale.

âgées dont les causes de mort sont fréquentes et souvent indépendantes du cancer utérin lui-même.

Pour terminer, il nous reste à exprimer notre étonnement devant certaines statistiques qui insistent sur la difficulté du diagnostic du cancer du corps de l'utérus. On fait, dit-on, le diagnostic pré-opératoire soit dans 10 % des cas, soit dans 40 % au maximum.

Il nous paraît qu'avec les notions que nous avons tenté de dégager, du point de vue clinique, le diagnostic positif devra être fait bien plus souvent et surtout bien plus précocement, ce qui ajoutera très certainement aux satisfactions que donne une thérapeutique active, large et à l'amélioration de ses résultats.

On a, croyons-nous, avantage à être simple dans son diagnostic. Alors on sera utile ; ainsi aura-t-on le moins de chances de se tromper et « si, dans un cas tout à fait exceptionnel, on a le malheur de perdre une malade qui n'avait pas de cancer, on se consolera par la certitude d'en avoir sauvé un certain nombre que l'abstention aurait laissé mourir ». C'est là la conclusion à laquelle aboutit, avec son autorité et son expérience, M. le Professeur J.-L. Faure, entièrement d'accord, en cela, avec M. le Professeur Tixier.

Nous nous excusons infiniment de n'avoir pas abordé divers chapîtres, tels que celui de l'étude anatomopathologique et microscopique, celui du diagnostic différentiel et celui du cancer du corps et fibrome. Et il en est d'autres encore. Des conditions matérielles nous en ont empêché et ce sera un des regrets de ce travail rapide et incomplet.

Nous voulons croire qu'on nous accordera d'avoir tenté de reproduire quelques-unes des idées pratiques de notre Maître, M. le Professeur Tixier. Nous nous demandons vraiment si nous avons réussi et, en le remerciant encore, nous le prions de bien vouloir nous accorder sa bonne indulgence coutumière.

H 4

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

OBSERVATION I

(Professeur TIXIER)

M^{me} R..., 57 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler. A. P. : trois grossesses sans incidents. Règles normales jusqu'à l'âge de 49 ans où est apparue la ménopause.

Pendant 5 ans, absence totale de pertes. Mais, il y a 3 ans, sont survenues des pertes blanches peu abondantes, qui devinrent par la suite rouges et malodorantes. Depuis quelques mois, souffre du ventre ; en même temps, dans la jambe droite, douleurs accompagnées d'un léger œdème. Amaigrissement notable.

A l'entrée (13 avril 1905). — Altération de l'état général, teint blafard.

Au toucher : col utérin normal, sans ulcération ; corps utérin volumineux, facilement perceptible par le palper abdominal combiné au toucher.

Intervention (17 avril 1905). — Hystérectomie abdominale totale. Drainage abdomino-vaginal ; Mickulicz avec 4 mèches de gaze iodoformée.

Examen de la pièce. — L'utérus ouvert exhale une odeur infecte ; la cavité du corps est ulcérée et saignante, il s'agit bien d'un néo du corps utérin.

Examen histologique. — Est sans aucun doute un épithélioma de type ectodermique avec globes épithéliomateux à cellules imbriquées très typiques. En certains points infiltrés on reconnaît les fibres musculaires que l'on retrouve sous forme de pinceaux grêles entre les boyaux épithéliomateux. Grande malignité.

Novembre 1929. — Actuellement, malade âgée de 81 ans, très bien portante,

OBSERVATION II
(Professeur TIXIER)

M^{me} M..., 51 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

A. P. : Deux ans après sa ménopause, établie à 48 ans, apparaissent des ménorragies de plus en plus fréquentes. Cet état dure depuis 1 an et demi.

A l'entrée (30 avril 1906). — La malade accuse des pertes rouges ininterrompues et sans odeur ; quelques douleurs lombaires vagues. Bon état général.

Au toucher : col un peu gros ; corps également augmenté de volume. Pour pratiquer l'examen intra-utérin on dilate le col avec une tige de laminaire ; le curettage pratiqué avec de grandes précautions ramène des débris néoplasiques caractéristiques.

Intervention (7 mai 1906). — On choisit la voie vaginale de préférence à la voie abdominale, à cause de l'épaisseur énorme de la paroi et de la présence d'une hernie ombilicale volumineuse. L'extirpation de l'utérus est difficile à cause de son volume et par suite de l'étroitesse du vagin, qui est, de plus, cloisonné. En outre, l'utérus présente des zones friables, se laissant déchirer par la pince de Museux, on parvient néanmoins à l'enlever.

Examen histologique. — Les coupes confirment l'existence d'un épithélioma cylindrique typique disposé en bandes festonnées de cellules cylindriques. Ces bandes ou rubans s'accumulent dans de grandes alvéoles au sein du muscle.

Nulle part la tumeur ne s'infiltré et ne prend de caractère atypique. Conclusion : cancer mou, de faible malignité.

Décédée en 1923, à l'âge de 68 ans ; survie, 17 ans.

OBSERVATION III
(Professeur TIXIER)

M^{me} B..., 61 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

A. P. : 2 grossesses à terme,

Réglée normalement jusqu'à l'âge de 54 ans. Persistance de pertes blanches après sa ménopause. Récemment, ces pertes sont devenues rouges et nauséabondes ; puis la malade ayant ressenti des pesanteurs abdominales à la moindre fatigue, se décide à entrer à l'hôpital.

A l'entrée (13 février 1907). — Pollakiurie légère ; par le palper abdominal, on sent dans la fosse iliaque droite une masse rénitente, médiocrement douloureuse, que l'on mobilise par le toucher et qui est indépendante du fond utérin.

Intervention (22 février 1907). — Hystérectomie abdominale totale. Laporotomie longitudinale médiane. Drainage vaginal. Fermeture totale du ventre.

L'examen de la pièce montre une poche kystique de l'ovaire droit très vascularisée et entièrement tapissée de nodules irréguliers, qui font affirmer : Epithélioma muqueux végétant. L'utérus atteint le volume de deux poings. La cavité du corps est entièrement occupée par une dégénérescence épithéliale de toute la muqueuse, s'arrêtant à l'isthme.

Examen histologique. — Cancer primitif de la muqueuse du corps utérin et secondaire de l'ovaire.

Utérus : alvéoles séparées par des bandes fibreuses et remplies par des festons arborescents d'un épithélioma cylindrique. Dans l'ovaire, même tumeur.

La malade est décédée le 17 janvier 1912, à l'âge de 66 ans.

OBSERVATION IV

(Professeur TIXIER)

M^{me} C..., 59 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

Depuis 5 mois, douze ans après sa ménopause, survenue à 47 ans, elle se met à souffrir de violentes coliques dans le bas-ventre. En même temps ont apparu des pertes blanches et rouges incessantes et fétides.

A l'entrée (2 octobre 1909). — Etat général un peu modifié, digestions pénibles. Mictions difficiles.

Intervention (11 octobre 1909). — Hystérectomie abdominale totale. Laparotomie médiane longitudinale. Utérus petit, rempli de bourgeons friables et saignants, le néoplasme est nettement limité à l'utérus.

Examen histologique positif.

Pendant quatre ans, la malade a une santé parfaite, elle s'adonne à ses occupations normales.

Elle est décédée le 13 avril 1913, à l'âge de 63 ans.

OBSERVATION V

(Professeur TIXIER)

M^{me} L..., 52 ans.

Aucun antécédent héréditaire ni collatéral.

A. P. : deux enfants bien portants ; pas de ménopause nette. Il y a près d'un an que les règles sont devenues irrégulières. Depuis 5 mois, pertes rouges continues constituant de véritables hémorragies de sang rouge. Ces métrorragies qui ont redoublé depuis deux semaines, affaiblissent la malade et l'obligent à cesser tout travail ; jamais de douleur accusée.

A l'entrée (26 février 1912). — Etat général satisfaisant, pas de troubles digestifs.

Au toucher : utérus en rétroversion, volumineux, lisse, de consistance dure, entouré d'un œdème profond, perceptible au niveau du Douglas.

Le col normal, repoussé en avant, est légèrement entr'ouvert et, par son orifice, on peut aisément sentir au bout du doigt un petit polype mou.

Intervention (29 février 1912). — Hystérectomie abdominale totale. Pfannenstiël.

Examen de la pièce. — A l'ouverture de l'utérus on constate l'existence d'une série de noyaux bourgeonnants nettement néoplasiques malins. Ce qu'il y a de particulier, c'est que ces bourgeons paraissent naître dans la sous-muqueuse et infiltrer rapidement autant la couche musculaire que la couche muqueuse.

On dirait des adéno-myomes dégénérés.

Examen histologique. — On voit, au-dessus du muscle et pénétrant parfois à son intérieur, des lobules épithéliomateux dont l'aspect se rapproche notablement de celui d'un cancer ectodermique : nappes de cellules épithéliales plates, disposées en lobules pleins ; toutefois, il n'y a pas les globes concentriques que l'on trouve dans les cancers ectodermiques les mieux caractérisés.

Novembre 1929. — Actuellement, malade bien portante.

OBSERVATION VI

(Professeur TIXIER)

M^{me} G..., 62 ans.

Rien à signaler dans les antécédents. Une grossesse.

Réglée régulièrement jusqu'à l'âge de 48 ans. Pendant 8 ans, rien de particulier, mais à l'âge de 56 ans, elle a une forte hémorragie qui l'anémie profondément. Elle consulte un chirurgien qui lui trouve une petite tumeur, qu'il lui conseille de faire enlever. Elle refusa, à cette époque, l'intervention, et continua à perdre en rouge et en blanc. Depuis 10 ans l'écoulement est devenu continu.

A l'entrée (15 juillet 1914). — L'amaigrissement est accentué et cependant l'état général demeure satisfaisant.

Au toucher : bourgeons néoplasiques sur le col et la paroi vaginale. Corps utérin volumineux, de consistance molle, faisant songer à de la pyométrie ou à un utérus fibromateux avec dégénérescence. Culs-de-sac blindés.

Intervention (20 juillet 1914). — Pfannenstiël. Fond utérin mou, infiltré, indiquant un envahissement par le cancer ; de prise très difficile, car il s'arrache. Infiltration du ligament large. Hystérectomie abdominale totale typique impossible ; on taille de propos délibéré dans la tumeur ; ablation de l'utérus au niveau de son insertion vaginale, puis, secondairement, ablation incomplète de l'infiltration vaginale.

Examen de la pièce. — Il s'agit d'un cancer du corps utérin avec envahissement du col et greffe vaginale.

La malade est décédée une semaine après l'opération.

OBSERVATION VII

(Professeur TIXIER)

M^{me} M..., 47 ans.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux. Dans les antécédents personnels, on trouve une grossesse et trois fausses couches.

A 43 ans (1918), hémorragies abondantes accompagnées de troubles intestinaux. Le Professeur Tixier pratique une *hystérectomie abdominale totale*, pour néoplasme du corps utérin. Il lui trouve un utérus très augmenté de volume et en outre, de la salpingite bilatérale. Après l'intervention la malade guérie, reprend ses occupations ordinaires. Il y a 6 semaines, pertes rouges abondantes, incessantes, puis pertes blanches, inodores. Enfin, il y a quelques jours seulement, grave hémorragie.

A l'entrée (18 octobre 1922), on pratique le toucher : ulcération cratériforme au niveau du cul-de-sac antérieur ; on pénètre aisément dans une masse molle s'effritant au doigt et qui est manifestement un bourgeonnement néoplasique récidivant sur la cicatrice vaginale.

A plusieurs reprises on fait des applications de radium.

Le 28 juin 1923, la malade revient, se plaignant de douleurs dans tout le membre inférieur gauche. La température oscille entre 38° et 39°. On porte le diagnostic de phlébite et on l'immobilise dans une gouttière.

Le 4 juillet 1923, la malade tombe dans le coma et meurt.

A la vérification. — Généralisation néoplasique occupant tout le petit bassin et infiltrant la gaine du psoas, vaisseaux iliaques thrombosés.

OBSERVATION VIII

(Professeur TIXIER)

M^{me} R..., 72 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

A. P. : Deux grossesses. Régulée sans incidents jusqu'à 50 ans, puis ménopause normale. Les premiers symptômes datent de 8 mois : suintement rosé continu, d'odeur très désagréable, accompagné de douleurs que la station debout exacerbe.

A l'entrée (2 janvier 1919). — Amaigrissement et perte des forces. Le toucher montre un col entr'ouvert, laissant sentir des bourgeons ; l'utérus a acquis le volume d'un poing ; les culs-de-sac sont libres, le doigt ramène une sérosité roussâtre et malodorante.

Intervention (7 janvier 1919). — Incision longitudinale médiane ; en sectionnant le ligament large, on trouve autour de l'artère utérine un œdème lymphangitique d'origine néoplasique possible. Hystérectomie abdominale totale. Fermeture avec drainage.

Examen de la pièce. — Gros champignon néoplasique, de la grosseur d'une pêche, implanté à la fois sur le fond et à la face postérieure de l'utérus. La portion périphérique a un aspect lardacé, la portion centrale, jaune pâle, est en voie de sphacèle.

La paroi utérine a 1 cm. 5 d'épaisseur, elle n'est en aucun point dépassée par le cancer, lequel est entièrement intra-cavitaire.

Novembre 1929. — Aucun renseignement sur l'état actuel de la malade.

OBSERVATION IX

(Professeur TIXIER)

M^{me} M..., 52 ans.

A. H. et A. C. : rien d'intéressant à signaler.

A. P. : Broncho-pneumonie à 11 ans, bronchite chronique ; ni grossesse ni fausse couche. Les menstruations

ont toujours été irrégulières, douloureuses et assez abondantes. La ménopause apparue à 47 ans, était établie depuis 5 ans lorsque, il y a 6 mois des pertes rosées puis rouges survinrent d'une manière continuelle. Ces écoulements, persistant jusqu'au mois de décembre 1918, la firent entrer à la Charité, où on lui enleva un polype. En outre, on lui plaça un crayon de chlorure de zinc pour arrêter les hémorragies (Docteur Condamin).

Depuis 4 mois, la malade souffre de douleurs très violentes dans le côté gauche ; ces douleurs la décident à entrer.

A l'entrée (7 janvier 1919). — Le toucher fait sentir un utérus très petit, d'aspect sénile ; pas d'annexite, empatement léger des culs-de-sac latéraux. Le pelvis paraît un peu bloqué.

Intervention (23 janvier 1919). — Laparotomie médiane longitudinale. Utérus relativement petit, porteur d'un fibrome de la taille d'un grain de blé ; de chaque côté les ovaires sont scléreux et ratatinés, notamment l'ovaire gauche qui adhère fortement au ligament large. Dans ces conditions, on soupçonne un néoplasme du corps et on fait l'hystérectomie abdominale totale.

Examen de la pièce. — A l'ouverture, cancer du corps au début. Peu de temps après, la malade fait une broncho-pneumonie ; elle est décédée le 28 janvier 1919.

OBSERVATION X

(Professeur TIXIER)

M^{me} B..., 69 ans.

Rien à signaler dans les A. H. et A. C.

A. P. : 6 grossesses. Ménopause à 45 ans.

Il y a un an et demi, la malade voit apparaître des pertes rouges puis de l'hydroporrhée intermittente. A aucun moment elle n'a ressenti de véritables douleurs.

A l'entrée (11 septembre 1919). — Le toucher permet de sentir de gros fongus néoplasiques faisant issue à travers les lèvres du col encore sain. Les parois du vagin ne semblent pas envahies.

Malgré l'âge, malgré l'obésité de la malade, on est en droit de tenter une intervention qui, sans être un Wertheim à prétention radicale, n'en sera pas moins une opération palliative utile.

Intervention (16 septembre 1919). — Laparotomie médiane longitudinale. Hystérectomie abdominale totale. L'utérus, très friable, se laisse déchirer.

...*Examen de la pièce.* — Dégénérescence totale de la cavité du corps sans perforation des tuniques utérines.

La malade est décédée le 1^{er} décembre 1924, à l'âge de 74 ans ; elle a donc survécu 5 ans.

OBSERVATION XI

(Professeur TIXIER)

M^{me} R..., 56 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler. — A. P. : 1 grossesse normale ; les règles cessent à 52 ans. Il y a 18 mois, la ménopause datant alors de 2 ans, surviennent des pertes blanches inodores et peu abondantes d'abord.

Elles deviennent rapidement rosées, plus abondantes et légèrement fétides. Une fois seulement elles ont été franchement hémorragiques. Depuis 3 mois, elles sont remplacées par des pertes blanches qui s'accompagnent de douleurs lombaires surtout marquées du côté gauche : la malade déclare qu'elle souffre au bas des reins, uniquement le jour, lorsqu'elle marche.

A l'entrée (15 décembre 1920). — Malade, au teint pâle, amaigrie et sans forces ; pollakiurie nocturne.

Au toucher : fond utérin volumineux, perçu légèrement à gauche et au-dessous de l'ombilic.

A droite, dans le ligament large, on perçoit un fibrome implanté au niveau de l'isthme.

Le doigt ramène un liquide fétide.

Intervention (21 décembre 1920). — Incision longitudinale médiane. Hystérectomie abdominale totale.

On trouve en effet à l'insertion du ligament utéro-sacré sur l'utérus, un fibrome sous-séreux que l'on enlève avec l'utérus.

Examen de la pièce. — Néoplasme de la muqueuse occupant toute la cavité utérine, gagnant déjà les parois, mais limité au corps.

La malade va bien pendant deux ans.

Le 6 octobre 1929, elle est décédée d'une maladie intercurrente.

OBSERVATION XII

(Professeur TIXIER)

M^{me} C..., 66 ans.

A. H. : rien à signaler.

A. P. : mariée trois fois, un accouchement prématuré de 6 mois. Toujours bien réglée jusqu'à l'âge de 56 ans. A 59 ans, 3 ans après sa ménopause par conséquent, la malade recommence à perdre du sang rouge et pense à un retour de menstruations ; une infirmière lui a affirmé que « cela doit la préserver d'une attaque ».

Depuis 2 ans (Février 1920) les pertes prennent un caractère franchement hémorragique.

Il y a 1 mois des douleurs symptomatiques font leur apparition : ce sont des tiraillements lombaires auxquels s'ajoutent des douleurs expulsives localisées dans le bas-ventre et dans le périnée ; il semble à la malade qu'elle va accoucher.

A l'entrée (25 novembre 1921) les règles sont devenues nettement purulentes ; les mictions sont fréquentes, surtout la nuit.

Au toucher : col dur, légèrement œdématié ; par son orifice, un peu entr'ouvert, on peut percevoir des bourgeons durs et friables à la fois, dont le doigt ramène des débris. A cause de l'épaisseur de la paroi, le corps utérin est difficilement perceptible ; le toucher rectal est négatif.

Depuis l'entrée, la température oscille entre 37°5 et 37°9.

Intervention (5 décembre 1921). — Laparotomie longitudinale médiane. Hystérectomie abdominale totale.

Infiltration œdémateuse des ligaments larges, d'origine néoplasique ; fermeture totale du ventre.

Examen de la pièce. — L'ensemble de la tumeur a le volume d'un poing ; par le col déformé en « tromblon » sortent des bourgeons « débris de cervelle », absolument typiques. A l'ouverture, dégénérescence totale de la muqueuse du corps ; vers les utérines, des coulées néoplasiques ont gagné le col, en aucun point cependant la musculuse utérine n'est dégénérée.

Dégénérescence néoplasique de l'ovaire gauche, de nature identique.

Examen histologique. — Epithélioma cylindrique du corps.

Le 14 avril 1924 le toucher combiné au palper fait sentir un blocage de tout le pelvis par une masse indurée : carcinose pelvienne.

La malade est décédée vers 1926.

OBSERVATION XIII

(Professeur TIXIER)

M^{lle} B..., 59 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

A. P. : ni grossesse ni fausse couche.

Ménopause à 46 ans ; demeure 10 ans sans présenter aucune perte, puis, il y a 3 ans, surviennent des écoulements rouges quotidiens, peu abondants, indolores ; depuis 1 an, ces pertes sont plus intenses et s'accompagnent de douleurs dans le bas-ventre avec irradiation dans les lombes et dans la face interne de la cuisse (domaine de l'obturateur) à tel point que la malade ne peut dormir qu'avec l'aide de calmants.

Au cours des six derniers mois, la constipation s'est tellement accentuée que la malade présente des phénomènes de subocclusion.

A l'entrée (16 mai 1922), amaigrissement considérable.

Toucher : l'orifice externe du col, à bords tranchants, se resserre sur une masse arrondie qui le remplit com-

plètement. L'utérus, très volumineux, remonte à trois doigts au-dessous de l'ombilic et fait corps, du côté droit avec une sorte de croissant dur fixé dans le petit bassin.

Noyau dur perceptible par le palper dans la région para-ombilicale.

Intervention (24 mai 1922). — Laparotomie sous-ombilicale médiane : large placard néoplasique sur la face antérieure de l'utérus, perforation visible de cet organe en arrière avec envahissement du haut rectum ; taches de bougie criblant le grêle et le gros intestin ; ensemencement du grand épiploon. Hystérectomie impossible. On referme.

La malade est décédée le 16 août 1922.

OBSERVATION XIV

(Professeur TIXIER)

M^{me} B..., 59 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

A. P. : les règles ont toujours été normales. Elles s'arrêtent sans incident à l'âge de 53 ans. C'est 5 années après la ménopause que des pertes de sang rouge mêlé de caillots, font leur apparition. Ces écoulements durent depuis 10 mois sans être accompagnés de douleurs. Après dilatation aux bougies d'Hégar, on donne un coup de curette qui ramène des débris de muqueuse hémorragique et bourgeonnante qui sont envoyés au Professeur P. Masson ; *réponse histologique* : épithélioma cylindrique de la cavité utérine.

A l'entrée (4 septembre 1922). — Malade obèse, bronchite chronique.

Intervention (6 septembre). — Discussion de l'hystérectomie vaginale à laquelle on renonce par crainte de lésions annexielles. Rachi-anesthésie. L'incision de Pfannenstiel est le meilleur moyen de maintenir les anses intestinales dans le ventre. Malgré la *profondeur extrême du bassin*, on arrive à pratiquer progressivement une hystérectomie abdominale totale très correcte. Fermeture totale du ventre.

Examen de la pièce. — Utérus petit, sénile, à fond un peu gros ; à l'ouverture, muqueuse turgescente avec quelques suffusions sanguines. Au niveau du fond, bourgeon épithéliomateux très limité et ne semblant pas avoir infiltré profondément le myomètre.

Aucune autre lésion du côté des annexes ou des viscères.

Le cas, pris très au début, serait très favorable, n'était la difficulté de l'opération.

La malade est décédée le surlendemain.

OBSERVATION XV

(*Professeur Agrégé BONNET*)

M^{me} M..., 55 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

A P. : Plusieurs grossesses normales. Les règles ont cessé à 43 ans ; il y a 11 mois, alors que sa ménopause datait de plus de 10 ans, elle eut des métrorragies qu'elle soigna par un traitement homœopathique. De nouvelles pertes hémorragiques apparurent au mois d'août dernier, évoluant sur un fond de pertes blanches chroniques.

Le 16 décembre 1922, la malade consulte le Docteur Bonnet : état général très bien conservé, hydorrhée sale pouvant être due à de la pyométrie, douleurs.

Au toucher : vagin cloisonné, col normal caché sous des brides.

Dysurie, pollakiurie nocturne ; la malade va à la selle quotidiennement mais en plus, tous les 5 ou 6 jours, elle a des débâcles de gaz et des selles très abondantes.

Intervention (20 décembre 1922). — Laparotomie sous-ombilicale médiane. Hystérectomie abdominale totale.

Examen histologique : épithélioma cylindrique du corps.

Novembre 1929. — Actuellement la malade se porte très bien,

OBSERVATION XVI

(Professeur TIXIER)

M^{me} J..., 57 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

A. P. : Deux grossesses. Les menstruations ont toujours été normales jusqu'à l'âge de 47 ans, où s'est établie la ménopause. Il y a deux ans environ, apparition de pertes fétides revenant toutes les trois semaines ; pertes roussâtres dans l'intervalle. Pendant dix mois la malade se contente de suivre un traitement médicamenteux ; mais depuis un an les pertes rouges et blanches redoublent d'intensité et deviennent continuelles ; en même temps, la malade souffre de douleurs dans le bas-ventre, irradiées dans les lombes et dans les membres inférieurs.

A l'entrée (12 février 1923). — Etat général assez satisfaisant ; léger amaigrissement. Un peu de pollakiurie.

Au toucher, col dur, entr'ouvert, laissant s'écouler un liquide jaunâtre, fétide et strié de sang. Gros utérus bombant dans le rectum. Derrière l'urèthre, on perçoit un nodule arrondi de propagation néoplasique.

Intervention (17 février). — Laparotomie longitudinale médiane. Hystérectomie abdominale totale Pfannenstiell. Utérus friable. Fermeture totale du ventre.

Examen de la pièce. — Néo diffus de la muqueuse du corps ayant envahi le col.

Examen histologique. — Epithélioma cylindrique typique ; myomètre indemne.

Les jours suivants, la température monte à 38°9 ; œdème généralisé du membre inférieur droit.

Le 1^{er} mars, la malade est décédée de phlébite.

OBSERVATION XVII

(Professeur TIXIER)

M^{me} M..., 61 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

A. P. : Une grossesse et une fausse couche ; ménopause normale à 47 ans.

Depuis 5 mois, la malade présente des pertes rougeâtres qui ont été en augmentant progressivement. La première métrorragie importante date de trois mois ; d'autres sont survenues par la suite, plus considérables encore et entrecoupées de pertes blanches. La malade déclare qu'elle ressent depuis 2 mois de violentes souffrances dans le bas-ventre, les lombes et les membres inférieurs.

Au début de ce mois, la malade a perdu pendant quatre jours consécutifs, puis, après une pause d'une semaine, a recommencé pendant deux jours.

A l'entrée (15 mars 1923). — On décide d'intervenir.

Intervention (16 mars). — On tranche en faveur de l'hystérectomie abdominale totale, malgré l'âge de 61 ans, l'albuminurie, l'embonpoint très marqué, à cause du diagnostic ferme de cancer du corps. Laparotomie longitudinale médiane. Mise en place de la mèche et du drain.

Examen de la pièce. — Cancer bourgeonnant du fond de l'utérus ; les tuniques utérines sont respectées.

La malade est décédée en 1924.

OBSERVATION XVIII

(Professeur TIXIER)

M^{me} L..., 62 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

A. P. : Une grossesse. A toujours eu des pertes blanches entre ses règles. Ménopause à 52 ans.

Il y a un an et demi, la malade a ressenti des pesanteurs vagues et a eu de petites pertes qui ont duré trois mois, puis ont fait place à de véritables métrorragies s'accompagnant de temps en temps de douleurs légères au ventre et de névralgies dans la cuisse.

A l'entrée (21 août 1923). — L'écoulement et les douleurs continuent ; au toucher, on sent un col utérin sensiblement normal, par l'orifice duquel font saillie des bourgeons villex. Par contre, le corps est gros mais sans

signe de pyométrie. Les culs-de-sac sont souples, l'utérus semble un peu adhérent au rectum ; c'est un néoplasme du corps. Est-ce un cancer total ? Son apparition longtemps après la ménopause, l'ancienneté des symptômes initiaux, les métrorragies, les signes du col au toucher permettent d'y songer.

Intervention (23 août). — Pfannenstiel ; utérus gros, friable, rétroposé. Hystérectomie abdominale totale.

A l'ouverture de la pièce, on trouve un cancer total : cancer du corps et du col, laissant libre une petite partie de la muqueuse endo-cervicale.

Examen histologique. — D'après les trois fragments prélevés respectivement sur le corps, l'isthme et le col, il s'agit d'un épithélioma cylindrique du corps infiltrant la paroi utérine jusqu'au niveau de l'isthme, mais respectant le col.

La malade a une survie d'un an et demi ; elle est décédée en janvier 1925.

OBSERVATION XIX

(Professeur Agrégé BONNET)

M^{me} M..., 56 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

A. P. : Deux grossesses normales ; ménopause à 50 ans s'établissant après des menstruations qui ont toujours été normales.

Depuis un an, des pertes sanglantes reviennent ; la malade croit à un retour de règles, d'autant plus qu'on lui a dit qu'elle était « trop forte en sang ». Au bout de six mois les écoulements deviennent quotidiens et s'accompagnent de décharges hydorrhéiques à peu près inodores. Douleur abdominale sous-ombilicale à gauche ; douleurs lombaires.

A l'examen, pas de modification de l'état général.

On intervient (20 mars 1924). — Laparotomie médiane longitudinale. Hystérectomie abdominale totale.

Examen de la pièce. — Cancer végétant de la cavité du corps,

Examen histologique. — Epithélioma cylindrique du corps.

Novembre 1929. Etat général parfait ; la malade a engraisé ; elle a actuellement 61 ans.

OBSERVATION XX

(Professeur Agrégé BONNET)

M^{me} B..., 30 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

A. P. : Une grossesse normale, une première fausse couche. Il y a cinq ans, deuxième fausse couche ; 5 mois et demi après, la malade a des pertes rouges. Depuis lors, les règles sont plus longues que de coutume, durant 8 à 10 jours. Enfin, des douleurs à caractère expulsif existent depuis 18 mois.

A l'heure actuelle, les pertes rouges sont presque continues et la malade perd en rose dans l'intervalle. Elle est asthénique et a constamment de la température.

Au toucher : utérus fibromateux, fibromes multiples dont un en voie de sphacèle possible. Utérus gros à fond douloureux.

Intervention (20 novembre 1924). — Laparotomie longitudinale médiane. Hystérectomie abdominale totale.

A l'examen macroscopique, la pièce ressemble à un déciduome, mais des examens histologiques répétés affirment épithélioma cylindrique du corps.

Par la suite, la malade a été suivie de très près ; elle présentait des accidents occlusifs avec amaigrissement ; au bout de 18 mois : exitus ; métastases vertébrales, pulmonaires et péritonéales.

OBSERVATION XXI

(Professeur TIXIER)

M^{me} B..., 64 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

A. P. : Régée toujours normalement ; ménopause a

54 ans. Depuis trois ans il existe chez elle des écoulements leucorrhéiques continus et malodorants. Elle n'accuse aucune douleur.

A l'entrée (21 juillet 1925). — Légère fièvre (37°4).

Au toucher : col ne présentant rien de particulier ; par son orifice s'échappent de petits bourgeons frangés. L'utérus, augmenté de volume, est sensible à la pression.

Intervention (29 juillet). — Laparotomie longitudinale médiane. Hystérectomie abdominale totale.

Examen de la pièce. — Gros utérus flasque, rouge vineux et mamelonné ; très friable ; par une déchirure du fond apparaissent des bourgeons néoplasiques ; toute la cavité en est remplie.

Examen histologique. — Epithélioma cylindrique du corps.

Novembre 1929 : la malade se porte très bien.

OBSERVATION XXII

(Professeur TIXIER)

M^{me} V..., 56 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

A. P. : Trois grossesses. Les règles ont toujours été douloureuses ; elles ont cessé à 52 ans.

Depuis quatre mois la malade a des pertes continuelles rosées et nauséabondes, accompagnées de douleurs dans le bas ventre, exagérées par la fatigue, de douleurs lombaires très marquées et de prurigo.

Au toucher (4 août 1925) : col dur mais normal, largement entr'ouvert ; petite masse en chou-fleur faisant hernie par l'orifice. Le doigt ramène un ichor nauséabond.

Intervention (12 août). — Laparotomie médiane longitudinale. Hystérectomie abdominale totale.

Examen de la pièce. — Cancer typique de la muqueuse du corps, empiétant largement sur la région isthmique et ayant tendance à se transformer en cancer total,

Examen histologique. — Epithélioma cylindrique du corps.

Novembre 1929 : la malade jouit actuellement d'une santé parfaite.

OBSERVATION XXIII

(Professeur TIXIER)

M^{lle} M..., 56 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

A. P. : Vierge ; la ménopause s'est établie à 53 ans, mais six mois après, elle a recommencé à perdre sous forme d'écoulements sanglants, abondants, revenant une ou plusieurs fois par mois et se superposant ces derniers temps à de l'hydroporrhée chronique.

A l'entrée (11 novembre 1925). — L'état général est assez bon ; la malade, ne souffrant pas, ne s'alarme guère de son état. Albumine dans les urines. I. A.

Au toucher : hymen ; rien au col ; utérus petit en antéflexion.

Intervention (26 novembre). — Laparotomie longitudinale médiane. Hystérectomie abdominale totale.

Examen de la pièce. — Un néo en chou-fleur fait hernie dès que l'on ouvre l'utérus, la cavité en est remplie.

Examen histologique. — Epithélioma cylindrique du corps.

Novembre 1929 : très bien portante actuellement.

OBSERVATION XXIV

(Professeur Agrégé BONNET)

M^{me} C..., 57 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

A. P. : Trois grossesses. Vers l'âge de 35 ans, métrorragies dans l'intervalle des règles ; trois grosses hémorragies à 35, 40 et 46 ans. Ménopause à 49 ans. A l'âge de 55 ans réapparaissent des pertes rouges insignifiantes. Depuis onze mois pertes rouges quotidiennes peu abon-

dantes. Un chirurgien fait le diagnostic de métrite parenchymateuse de Richelot et applique du radium.

A l'examen (17 décembre 1925). — Etat général bien conservé ; pourtant la malade a de la cystite à coli-bacilles. Existence de douleurs à caractère expulsif.

Au toucher : utérus globuleux ; col très effacé, un peu douloureux. Le doigt ramène quelques gouttes de sang absolument sans odeur.

Intervention (9 janvier 1926). — Laparotomie longitudinale médiane. Hystérectomie abdominale totale. Utérus très friable.

Examen. — Renferme un néoplasme du corps tout à fait caractéristique.

Examen histologique. — Epithélioma cylindrique du corps.

Novembre 1929 : état général et local excellents.

OBSERVATION XXV

(Professeur TIXIER)

M^{lle} F..., 64 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

A. P. : La malade est vierge ; réglée régulièrement jusqu'à 52 ans. Après un intervalle de dix années sans aucun écoulement, s'installent des pertes rouges continues, mais peu abondantes. Il y a trois mois, crise douloureuse abdominale qui a disparu complètement.

A l'entrée (11 juin 1927). — Pas d'asthénie, pas d'anémie, peu d'amaigrissement, bien que les pertes durent depuis 18 mois. Malade diabétique.

A la palpation, on sent facilement une tumeur arrondie et dure remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Au toucher : hymen dur ; col normal ; une grosse masse rénitente et arrondie, ressemblant à une grossesse de six mois, bombe dans le cul-de-sac droit, refoulant à gauche l'utérus (Professeur Tixier).

Intervention (16 juin). — Laparotomie médiane longi-

tudinale. Hystérectomie abdominale totale. A droite, on est en présence d'un kyste de l'ovaire intra-ligamentaire, dont on retire par ponction un liquide hématique marron. Fermeture totale du ventre.

Examen de la pièce. — L'intérieur du kyste présente en certains points un épithélioma mucoïde végétant « chair d'anguille ». L'ovaire gauche paraît douteux. Enfin l'utérus, d'apparence normale, renferme un épithélioma végétant s'arrêtant à l'isthme.

Examen histologique. — Il s'agit bien d'un épithélioma cylindrique du corps.

La malade, revue le 15 septembre 1928, allait parfaitement bien.

OBSERVATION XXVI

(Professeur TIXIER)

M^{me} R..., 56 ans.

A. H. et A. C.: rien à signaler.

A. P.: une grossesse ; a toujours été normalement réglée, sauf quelques pertes blanches jusqu'à 54 ans, où elle a eu sa ménopause.

Depuis six mois, pertes tantôt rouges, tantôt blanchâtres, mêlées de caillots et de débris sanguinolents; odeur fétide au début. A l'heure actuelle, elles ne sont pas très abondantes, mais ne s'arrêtent pas. Des douleurs dans la fosse iliaque gauche avec irradiation dans le membre inférieur gauche (domaine du fémoro-cutané) ont apparu il y a trois semaines.

A l'entrée (20 mars 1928). — Bon état général.

Au toucher, vagin étroit ; rien au col, corps utérin un peu gros mais mobile.

Intervention (27 mars). — Laparotomie médiane longitudinale. Hystérectomie vaginale impossible à cause de l'étroitesse du vagin. Hystérectomie abdominale totale facile, malgré la profondeur du pelvis ; au niveau de la corne utérine gauche, il y a de l'infiltration sous-péritonéale.

A l'ouverture de la pièce : néoplasme du corps.

Examen histologique. — Epithélioma cylindrique du corps avec envahissement profond du myomètre.

Neuf jours après l'opération, la malade fait une éven-tration ; le 7 avril elle est décédée.

OBSERVATION XXVII

(Professeur TIXIER)

M^{me} G..., 58 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

Le symptôme initial remonte à un an : perte rouge importante qui dura 15 jours. Depuis, pertes rouges ou blanches très nauséabondes se rapprochant de plus en plus jusqu'à devenir continues. Depuis 15 jours, légères douleurs dans les lombes et dans l'aîne, à droite surtout.

A l'entrée (1^{er} octobre 1928). — Aucune atteinte de l'état général.

Au toucher : col effacé et petit ; utérus volumineux : fond remontant très haut ; mobilité parfaite, culs-de-sac libres.

Intervention (5 octobre). — Laparotomie longitudinale médiane. Hystérectomie abdominale totale. Mickulicz à 3 mèches pour arrêter une hémorragie périurétérale.

A l'ouverture de la pièce : néo du corps.

Examen histologique. — Epithélioma cylindrique du corps avec infiltration profonde du muscle utérin.

Suites opératoires : fistule urétérale, infection urinaire ascendante, néphrectomie droite (6 novembre 1928).

Novembre 1929 : la malade est complètement guérie ; elle se porte très bien.

OBSERVATION XXVIII

(Professeur TIXIER)

M^{lle} P..., 54 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

A. P. : vierge ; réglée normalement jusqu'à l'âge de

48 ans ; cinq ans après sa ménopause, elle vit survenir des pertes blanches, inodores, qui, en deux mois, étaient devenues très abondantes. Ensuite apparut un écoulement sanguin discret, revenant d'abord tous les huit jours environ, puis s'établissant d'une manière continue ; en même temps, douleurs névralgiques dans le petit bassin.

A l'entrée (19 janvier 1929). — Malade affaiblie.

Au toucher : hymen, col normal ; fond utérin un peu gros ; culs-de-sac vaginaux souples.

Intervention (22 janvier). — Laparotomie longitudinale médiane. Hystérectomie abdominale totale. Fermeture, simple mèche vaginale.

Examen de la pièce. — Utérus de la grosseur d'une poire, de consistance élastique ; on perçoit à l'intérieur des masses mollasses.

Examen histologique. — Epithélioma cylindrique du corps ayant évolué en surface.

Novembre 1929 : la malade va très bien.

OBSERVATION XXIX

(Professeur TIXIER)

M^{lle} B..., 55 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

A. P. : vierge ; ménopause à 51 ans. Deux ans après : pertes rouges légères, puis pertes blanches abondantes avec douleur abdominale prédominant à droite. Il y a cinq mois, forte hémorragie de sang clair qui dura huit jours, ne cédant qu'à l'ergotine.

Depuis lors, pertes très abondantes, claires, sanguinolentes, se produisant très irrégulièrement et s'accompagnant de sensation de pesanteur dans le bas-ventre.

A l'entrée (9 septembre 1929) : fièvre.

Au toucher : hymen ; col normal et petit. Utérus remontant au-dessus de la symphyse pubienne ; mobile, non bosselé, légèrement douloureux : il semble un peu dévié à gauche ; petit noyau dans la corne utérine du côté droit.

Intervention (19 septembre). — Laparotomie longitudinale médiane. Hystérectomie abdominale totale. On trouve l'ovaire droit porteur d'une tumeur adhérent à la vessie ; ovaire gauche normal. En réalité, l'utérus est petit ; une fois ouvert, on découvre au niveau du fond un épithélioma végétant, pyométrique, enfermé dans une cavité presque close par le fait d'une isthmite rétractile, sténosante.

Examen histologique. — Epithélioma cylindrique mordant dans la musculature utérine, avec îlots inflammatoires lymphocytaires nombreux.

Epithélioma de l'ovaire à petites cellules rondes.

Impossible de dire s'il y a superposition entre le néoplasme du corps utérin et celui de l'ovaire.

Novembre 1929 : actuellement la malade va très bien.

OBSERVATION XXX

(Professeur TIXIER)

M^{me} C..., 52 ans.

A. H. et A. C. : rien à signaler.

Une grossesse ; ménopause normale à 38 ans. Pendant treize ans la malade n'a plus ses règles ; il y a onze mois, surviennent des pertes rouges, irrégulières, assez peu abondantes, mélangées de débris extrêmement nauséabonds. Entre ces pertes, d'aspect sale : leucorrhée fétide à peu près continue, provoquant de l'intertrigo.

Des douleurs, à caractère irrégulier, revêtent le type de coliques expulsives et apparaissent plutôt le soir.

A l'entrée (5 septembre 1929). — L'état général est bien conservé, l'amaigrissement peu marqué.

Au toucher : col normal, utérus légèrement douloureux, hypertrophié régulièrement.

Au speculum : écoulement de pus mêlé de sang par l'orifice du col entr'ouvert.

Intervention (20 septembre 1929). — Laparotomie

longitudinale médiane. Hystérectomie abdominale totale. Enorme utérus mou, plongeant dans le Douglas et y adhérent. Les annexes droites sont couvertes de bourgeons « chair d'huître » probablement néoplasiques.

Examen histologique. — Epithélioma cylindrique du corps utérin avec infiltration profonde du muscle.

Epithélioma végétant de la trompe, reproduisant exactement le type des tumeurs des ovaires ; il est difficile d'en préciser la malignité.

Novembre 1929 : la malade se porte très bien à l'heure actuelle.

OBSERVATION XXXI

(Professeur Agrégé BONNET)

M^{lle} G..., 70 ans.

A. et H. : rien à signaler.

Règles normales. La ménopause s'est établie à 41 ans. Il y a quinze mois elle a eu des pertes incolores survenant par crises ; puis apparaissent de petites pertes rosées, continues, malodorantes, avec, de temps en temps, des décharges hydroporrhéiques. Petites douleurs s'irradiant dans le sacrum et dans les cuisses. Elle est vue par deux médecins qui instituent des traitements gynécologiques.

A l'examen (octobre 1929). — Pas de modification de l'état général, sauf une certaine pâleur du teint et une température à 37°5.

Au toucher : vagin rétréci ; col effacé, petit, normal, mais sénile. Corps difficilement perceptible, petit, mou, sensible au palper.

Intervention (24 octobre). — Hystérectomie abdominale totale.

Examen de la pièce. — Epithélioma bourgeonnant remplissant toute la cavité utérine, sans perforation.

Examen histologique. — Epithélioma cylindrique du corps.

Novembre 1929 : santé parfaite actuellement.

CONCLUSIONS

I. — Nous venons défendre la manière habituelle de se présenter du cancer du corps de l'utérus.

II. — Une confusion règne très certainement à son égard, si l'on considère en pratique le temps perdu entre l'extériorisation clinique de ce mal et son diagnostic.

III. — Nous avons voulu apporter des arguments qui permettent de dire que le diagnostic s'impose et ne se discute presque pas dans la très grande majorité des cas.

IV. — Le cancer du corps de l'utérus est une affection des femmes âgées. Il survient après la ménopause, celle-ci s'étant établie de manière nette, le plus souvent depuis des années.

V. — Il peut survenir chez les vierges, mais reste néanmoins infiniment plus fréquent chez les femmes ayant eu des enfants.

VI. — Cliniquement, il se caractérise par l'apparition de *pertes*. Celles-ci ne manquent jamais. Elles sont gommeuses, rosées, rouges le plus souvent, malodorantes et continuelles,

VII. — La *douleur* avec ses divers caractères est un symptôme pour ainsi dire constant. C'est elle qui conduit les malades à l'intervention. Il est déjà bien tard.

VIII. — Au risque de paraître paradoxal, le diagnostic se fait presque avant tout examen gynécologique. Le toucher doit cependant être pratiqué. C'est un devoir. Il confirme le diagnostic que l'histoire clinique faisait prévoir, éliminant le cancer du col qui est la localisation la plus fréquente du cancer utérin.

S'il n'est étayé sur les notions précises de l'histoire clinique, ce toucher négatif dans ses renseignements, conduirait plutôt à une erreur d'interprétation.

IX. — La dilatation, l'hystérométrie, le toucher intra-utérin, le curettage, sont des gestes accessoirement utilisés.

Ils sont, le plus souvent, infiniment plus dangereux qu'utiles.

X. — L'examen histologique n'a de valeur vraie que si les prélèvements ont pu être faits largement sur la pièce opératoire.

XI. — Le traitement consiste à pratiquer l'hystérectomie abdominale totale.

XII. — La mortalité opératoire nous a paru, somme toute, assez faible, et les résultats définitifs dans le temps sont remarquablement favorables,

XII. — C'est un cancer à propos duquel on peut presque parler de guérison définitive.

XIV. — Nous avons cherché à défendre les idées de M. le Professeur Tixier, en nous fondant sur 31 observations suivies.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER

Vu :

LE DOYEN,
Jean LÉPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 7 Novembre 1929

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
Joseph GHEUSI

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER :	
<i>Etude clinique</i>	15
I. — Quels sont les signes qui caractérisent le cancer du corps ?	20
1° Les pertes	22
2° La douleur	24
3° Les signes accessoires	26
4° Le toucher	28
II. — Les manœuvres que nous estimons dangereuses	31
CHAPITRE II :	
Traitement	39
CHAPITRE III :	
Evolution et résultats	43
OBSERVATIONS RÉSUMÉES	51
CONCLUSIONS	77
